

Prescription médicale pour soins à domicile avec RAI-HC

(art. 7 OPAS)

Patient

Destinataire

Nom: _____
Prénom: _____
Rue: _____
NP / Lieu: _____
Sexe: _____ Date nais.: _____
N° AVS: _____
Tél: _____

Assureur

Loi:

N° d'assurance: _____

N° cas/date cas: _____

Données adm.

Allocation pour impotent: _____
Motif de traitement: _____
Validité pour: _____
Validité du: _____

Séjour dans home de jour: non oui

Ordonnance: _____

Besoins nets en soins en min.

(Données selon feuille de prestations page 2)

	Prestations OPAS				Total/min	Prestations LiMA
	a	b	c	' '		
	_____	_____	_____	_____	_____	
Adaptations rel. à la saisie double du temps en cas de prestations simultanément fournies	_____	_____	_____	_____	_____	
Total	_____	_____	_____	_____	_____	CHF

Motif des besoins en soins/tableau clinique

(à remplir par le médecin)

Médecin

GLN: _____ RCC: _____

Mail: _____

Aide et soins à domicile

GLN: _____ RCC: _____

Mail: _____

Date

Signature

superflu pour envoi électronique

Date

Signature

superflu pour envoi électronique

Transmission électronique

Feuille de planification des prestations

Prestations selon RAI-HC Suisse

Code	Description des prestations/remarques	T	Nbre	Un	Temp	Total	OPAS
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					

T = Training Nbre = Nombre Un = Unité: • j2, j3...j7=sur 2, 3...7 jours par semaine • h=hebdomadaire • m=menseul • u=unique
 OPAS = OPAS Type; • a=Evaluation, conseil et coordination, • b=Examen et traitement, • c=Soins de base, • vide=Prestations domestique

Feuille de planification des prestations

Prestations selon catalogue LiMA

Code	Description des prestations/remarques	Nbre	~Prix/CHF	Total/CHF

Remarques